

_____ (ime, prezime i ime oca)

_____ (dan, mjesec, godina i mjesto rođenja)

_____ (prebivalište, ulica, broj i telefon)

OIB: _____

REPUBLIKA HRVATSKA
ŠIBENSKO-KNINSKA ŽUPANIJA
Upravni odjel za zdravstvo i socijalnu skrb
ŠIBENIK

**PREDMET: 1. ZAHTJEV ZA PRIZNAVANJE STATUSA
HRVATSKOG RATNOG VOJNOG INVALIDA
2. ZAHTJEV ZA UTVRĐIVANJE NOVOG POSTOTKA
OŠTEĆENJA ORGANIZMA**

Kao pripadnik HV / MUP-a / _____ :

-ranjen sam dana _____ u _____
(navesti dio tijela koji je ranjen)

-ozlijeđen sam dana _____,
(navesti dio tijela koji je ozlijeđen)

-obolio sam: 1. dana _____,
(navesti naziv oboljenja)

2. dana _____,
(navesti naziv oboljenja)

Kao hrvatski branitelj sudjelovao sam u Domovinskom ratu ukupno _____, i to:

od _____ do _____

od _____ do _____

od _____ do _____

od _____ do _____

Imam priznat status: HRVI-a / Mirnodopskog vojnog invalida / Civilnog invalida rata.

U radnom odnosu sam: da - ne

U mirovini sam ; da - ne

Naknada plaće za profesionalnu rehabilitaciju: da - ne

U Šibeniku, _____

Podnositelj zahtjeva

POTREBNI DOKAZI:

1. Potvrda o neprimanju naknade za tjelesno oštećenje Hrvatskog zavoda za mirovinsko osiguranje,
2. Dokaz o radno-pravnom statusu – ovaj dokaz potreban je samo za HRVI
 - za umirovljenike: rješenje o mirovini
 - za zaposlene: potvrda o radnom odnosu
 - za nezaposlene: I. potvrda HZ za mirovinsko osiguranje o neprimanju mirovine
II. izvod iz matične evidencije HZ za mirovinsko osiguranje kao dokaz da podnositelj zahtjeva nije prijavljen na mirovinsko osiguranje (tj. da nije u radnom odnosu) ZA NEZAPOSLENE POTREBNE SU OBJE POTVRDE!
3. Novija medicinska dokumentacija vezana za oštećenje organizma koje je bilo predmet prethodnog postupka (izdana nakon prethodnog izlaska pred tijelo vještačenja u Splitu),

SVI DOKAZI POTREBNI SU U IZVORNIKU I PRESLICU. NAKON UVIDA U IZVORNIK I OVJERE PRESLIKA, IZVORNICI SE VRAĆAJU STRANCI